



Fecha de Aplicación: _____

FORMULARIO DE REGISTRO

La Lista Centralizada de Elegibilidad de Los Angeles (LACEL, Los Angeles Centralized Eligibility List) conecta a las familias de bajos recursos con servicios de desarrollo y cuidado infantil subsidiados a medida que el financiamiento y los espacios para el cuidado infantil comienzan a estar disponibles. Al completar este formulario, usted se está registrando en la LACEL. La información que proporcione determina su elegibilidad para recibir el cuidado infantil subsidiado. Los programas que brindan servicios de desarrollo y cuidado infantil subsidiados buscan a las familias elegibles en la LACEL. Cuando se comuniquen con su familia para la inscripción, usted deberá documentar la información que brindó en este formulario para garantizar que es elegible antes de inscribir a su hijo. **Toda la información se maneja de forma confidencial.** La LACEL es administrada por la Oficina de cuidado infantil bajo la responsabilidad del Comité de planificación del cuidado infantil del condado de Los Angeles (Los Angeles County Child Care Planning Committee). Para obtener más información, comuníquese con la Oficina de Cuidado Infantil al (213) 974-1664 o visite el sitio web en www.childcare.lacounty.gov.

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR # 1 (Debe brindar información de todos los adultos del grupo familiar)

| | | |
|--|-----------------------|-------------------|
| Apellido: | Nombre: | Idioma materno: |
| Domicilio: | Ciudad: | Código postal: |
| Teléfono de la casa: | Teléfono del trabajo: | Teléfono celular: |
| ¿Recibe actualmente ayuda financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indique la última fecha del pago de ayuda financiera: ____/____/____ | | |

RAZÓN DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO INFANTIL (Marque todas las opciones que correspondan)

- Trabaja (Nombre del empleador/Código postal): _____ Buscando trabajo
 Asiste a la escuela o está en capacitación laboral (Nombre de la escuela/Código postal:) _____ Sin hogar/buscando una vivienda
 Médicamente discapacitado/invalído Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño ÚNICAMENTE
 Trabajador migrante

INGRESOS (Ingrese el total de dólares, antes de los impuestos y las deducciones, de cada fuente de ingresos)

| INGRESO MENSUAL | FUENTE | INGRESO MENSUAL | FUENTE | INGRESO MENSUAL | FUENTE |
|-----------------|---|-----------------|--|-----------------|--|
| \$ | Sueldo, salario o ingresos de empleo autónomo | \$ | Pensión alimenticia para cónyuge | \$ | Cupones para alimentos (estampillas de comida) |
| \$ | Beneficios del seguro social | \$ | Discapacidad estatal | \$ | Beneficios por desempleo |
| \$ | Compensación para trabajadores | \$ | Pensión alimenticia para hijos | \$ | Pensiones/rentas vitalicias |
| \$ | Seguridad de ingreso suplementario | \$ | Subsidios de adopción | \$ | Ayuda financiera (niños únicamente) |
| \$ | Otro: | \$ | Si usted <u>paga</u> pensión alimenticia para hijos, ¿cuánto paga por mes? | | |

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR # 2

| | | |
|--|-----------------------|-------------------|
| Apellido: | Nombre: | Idioma materno: |
| Teléfono de la casa: | Teléfono del trabajo: | Teléfono celular: |
| ¿Recibe actualmente ayuda financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO, ¿ha recibido ayuda financiera en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indique la última fecha del pago de ayuda financiera: ____/____/____ | | |

RAZÓN DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO INFANTIL (Marque todas las opciones que correspondan)

- Trabaja (Nombre del empleador/Código postal): _____ Buscando trabajo
 Asiste a la escuela o está en capacitación laboral (Nombre de la escuela/Código postal:) _____ Sin hogar/buscando una vivienda
 Médicamente discapacitado/invalído Experiencia preescolar educativa de medio tiempo para el niño ÚNICAMENTE
 Trabajador migrante

INGRESOS (Ingrese el total de dólares, antes de los impuestos y las deducciones, de cada fuente de ingresos)

| INGRESO MENSUAL | FUENTE | INGRESO MENSUAL | FUENTE | INGRESO MENSUAL | FUENTE |
|-----------------|---|-----------------|--|-----------------|--|
| \$ | Sueldo, salario o ingresos de empleo autónomo | \$ | Pensión alimenticia para cónyuge | \$ | Cupones para alimentos (estampillas de comida) |
| \$ | Beneficios del seguro social | \$ | Discapacidad estatal | \$ | Beneficios por desempleo |
| \$ | Compensación para trabajadores | \$ | Pensión alimenticia para hijos | \$ | Pensiones/rentas vitalicias |
| \$ | Seguridad de ingreso suplementario | \$ | Subsidios de adopción | \$ | Ayuda financiera (niños únicamente) |
| \$ | Otro: | \$ | Si usted <u>paga</u> pensión alimenticia para hijos, ¿cuánto paga por mes? | | |

NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR (Todos los niños del grupo familiar menores de 18 o menores de 22 años si son inválidos).

| | | | | | | | |
|---|------------------------------|--|----------------|---|------------------------------|--|----------------|
| #1. Nombre | | Apellido | | #2. Nombre | | Apellido | |
| Fecha de nacimiento: | Sexo: M / F | Códigos postales preferidos para el cuidado: | | Fecha de nacimiento: | Sexo: M / F | Códigos postales preferidos para el cuidado: | |
| Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que correspondan) | | | | Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que correspondan) | | | |
| <input type="checkbox"/> Jornada completa | | <input type="checkbox"/> Jornada parcial | | <input type="checkbox"/> Tardes | | | |
| <input type="checkbox"/> Fines de semana | | <input type="checkbox"/> NINGUNO | | <input type="checkbox"/> Fines de semana | | <input type="checkbox"/> NINGUNO | |
| Nombre de la escuela del niño y grado: | | Distrito: | | Nombre de la escuela del niño y grado: | | Distrito: | |
| SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCIÓN | | | | SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCIÓN | | | |
| Pagos de custodia tutelar | Nombre del trabajador social | Número de contacto | Número de caso | Pagos de custodia tutelar | Nombre del trabajador social | Número de contacto | Número de caso |
| \$ | | | | \$ | | | |
| ¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) | | Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar: | | ¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) | | Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar: | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Derivado por: _____ | | | | Derivado por: _____ | | | |
| Relación de los "padres" con este niño: | | | | Relación de los "padres" con este niño: | | | |
| <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> De tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra: | | | | <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> De tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra: | | | |

| | | | | | | | |
|---|------------------------------|--|----------------|---|------------------------------|--|----------------|
| #3. Nombre | | Apellido | | #4. Nombre | | Apellido | |
| Fecha de nacimiento: | Sexo: M / F | Códigos postales preferidos para el cuidado: | | Fecha de nacimiento: | Sexo: M / F | Códigos postales preferidos para el cuidado: | |
| Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que correspondan) | | | | Cuidado que se necesita: (Marque todos los programas que correspondan) | | | |
| <input type="checkbox"/> Jornada completa | | <input type="checkbox"/> Jornada parcial | | <input type="checkbox"/> Tardes | | | |
| <input type="checkbox"/> Fines de semana | | <input type="checkbox"/> NINGUNO | | <input type="checkbox"/> Fines de semana | | <input type="checkbox"/> NINGUNO | |
| Nombre de la escuela del niño y grado: | | Distrito: | | Nombre de la escuela del niño y grado: | | Distrito: | |
| SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCIÓN | | | | SI EL NIÑO CUENTA CON SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL NIÑO COMPLETE ESTA SECCIÓN | | | |
| Pagos de custodia tutelar | Nombre del trabajador social | Número de contacto | Número de caso | Pagos de custodia tutelar | Nombre del trabajador social | Número de contacto | Número de caso |
| \$ | | | | \$ | | | |
| ¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) | | Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar: | | ¿En riesgo de maltrato, abandono o explotación? (Debe tener una derivación) | | Enumere los hermanos relacionados con el mismo grupo familiar: | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Derivado por: _____ | | | | Derivado por: _____ | | | |
| Relación de los "padres" con este niño: | | | | Relación de los "padres" con este niño: | | | |
| <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> De tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra: | | | | <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> De custodia tutelar <input type="checkbox"/> De tutela <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otra: | | | |

NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES, DISCAPACIDADES O CONDICIONES MÉDICAS

| <i>Marque todas las opciones que correspondan para cada niño enumerado arriba</i> | NIÑO # 1 | NIÑO # 2 | NIÑO # 3 | NIÑO # 4 |
|--|----------|----------|----------|----------|
| El niño tiene un Plan individual de servicios para la familia (IFSP, Individual Family Services Plan) (0-3 años) | | | | |
| El niño tiene un Plan individual de educación (IEP, Individual Education Plan) 3 años o más | | | | |
| Recibe servicios a través de un centro regional/Early Start | | | | |
| Recibe servicios a través de un distrito escolar local (educación especial) | | | | |
| Retrasos del desarrollo (cognitivo, autismo, síndrome de Down, etc.) | | | | |
| Retrasos del desarrollo (físico, motriz) | | | | |
| Comportamiento o retrasos emocionales/sociales | | | | |
| Discapacidad física (parálisis cerebral, espina bífida, limitaciones ortopédicas, etc.) | | | | |
| Problemas de salud/médicos (asma, diabetes, otro _____) | | | | |
| Problemas de habla/idioma/comunicación | | | | |
| Problemas de audición/visión | | | | |